

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 20 juin 1901, à 1 heure

PAR

A. DELFAU

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Médaille de Bronze de l'Assistance publique

Ancien premier assistant de la clinique d'yeux du Docteur Galezowsky

DE

L'EXCLUSION TEMPORAIRE

DES

Voies lacrymales du champ opératoire

PAR LA LIGATURE DES CANALICULES LACRYMAUX

Président : M. POZZI, Professeur.

*Juges : MM. { CHANTEMESSE, Professeur.
RÉMY, Agrégé
TEISSIER, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1901

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1901

N°

435

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 20 juin 1901, à 1 heure

PAR

A. DELFAU

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Médaille de Bronze de l'Assistance publique

Ancien premier assistant de la clinique d'yeux du Docteur Galezowsky

DE

L'EXCLUSION TEMPORAIRE

DES

Voies lacrymales du champ opératoire

PAR LA LIGATURE DES CANALICULES LACRYMAUX

Président : M. POZZI, Professeur.

CHANTEMESSE, Professeur.

Juges : MM.

RÉMY, Agrégé

TEISSIER, Agrégé.

CAD.
ID. DAT
TEL.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	DEJERINE
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....	TERRIER.
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	PINARD.
Clinique gynécologique.....	BUDIN.
Clinique chirurgicale infantile.....	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN.	FAURE.	LEPAGE.	THIROLOIX
ANDRÉ.	GAUCHER.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA André.	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
CHARRIN.	HEIM.	REMY.	WALTHER
CHASSEVANT.	LANGLOIS.	ROGER.	WIDAL.
DELBET.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WURTZ
DESGREZ.	LEGUEU.	TEISSIER.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dis-
cussions qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle
n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR POZZI

Professeur de clinique gynécologique à la Faculté de médecine
de Paris.

Membre de l'Académie de médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

La mort vient, ces jours-ci, de nous frapper dans une de nos plus chères affections, en nous enlevant notre père.

L'existence du docteur Delfau père, fut faite toute de dignité et de labeur, sa mort fut admirable de résignation.

Nous conserverons pieusement le souvenir de sa vie et le souvenir de ses derniers instants, comme un enseignement vivant.

Il fut pour nous, non seulement un tendre père, mais encore un maître précieux.

Ce deuil nous oblige à quitter brusquement la vie d'étudiant.

En terminant nos études, qu'il nous soit permis de jeter un regard dans le passé, nous avons à exprimer toute notre reconnaissance à nos maîtres.

Un enseignement excellent nous fut donné à la Faculté des sciences de Montpellier ainsi qu'à la Faculté de médecine de cette ville. Nous prions nos maîtres de

Montpellier de vouloir bien agréer l'expression de toute notre gratitude.

Nous n'oublions pas avec quelle grande bienveillance, M. Vialleton, actuellement doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, nous accueillit dans son laboratoire.

Les cinq autres années de notre studiannat s'écoulèrent à Paris.

A peine arrivé à Paris nous nous présentions à l'Hôtel-Dieu, où le professeur Duplay voulut bien nous accepter dans son service. Ce maître fut pour nous un guide bienveillant et précieux pendant toutes nos études. Nous le prions, aujourd'hui, de vouloir bien accepter l'expression de nos remerciements les plus respectueux et les plus reconnaissants.

Externe des hôpitaux nous eûmes successivement pour chefs de service : M. Potherat, chirurgien des hôpitaux, M. Martin-Roux, médecin des hôpitaux, et M. Blum, agrégé à la Faculté de médecine et chirurgien des hôpitaux.

Sous la direction de M. Potherat nous fûmes initié à la chirurgie infantile.

M. Martin-Roux fut pour nous un très bon maître, nous témoignant toujours une sympathie dont nous sommes très touché et honoré.

Nous conservons un sentiment de profonde reconnaissance, non seulement à l'excellent maître que fut pour nous le docteur Blum, mais encore à l'homme dont la sollicitude bienveillante ne nous fit jamais défaut.

Nous fîmes notre stage d'accouchements à la clinique Baudelocque, où un noble et scientifique enseignement nous fut généreusement prodigué par le professeur Pinard.

Nous devons de respectueux remerciements au docteur Galezowski, professeur libre d'ophtalmologie, qui nous fit le grand honneur de bien vouloir nous admettre à sa clinique d'yeux en qualité de premier assistant.

Nous conserverons un souvenir de profonde reconnaissance à MM. les professeurs Tillaux, Berger, Hallopeau qui nous accueillirent avec bonté.

Nous emportons un excellent souvenir du docteur Cazin, ancien chef de clinique à la Faculté.

Enfin, nous remercions bien respectueusement M. le professeur Pozzi du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

Ce travail nous fut suggéré par notre Père, qui eut l'idée d'exclure temporairement les voies malades du champ opératoire, par le procédé de la ligature des canalicules lacrymaux.

Le professeur allemand Eversbusch a procédé, de son côté, à la ligature des canalicules lacrymaux pour préserver l'œil des infections pouvant venir de l'appareil lacrymal.

Cette méthode d'exclusion, est certainement peu employée, du moins en France.

En écrivant ce modeste travail, appuyé sur deux observations inédites, nous nous sommes efforcé de mettre en lumière toute la valeur de cette méthode.

PLAN

I. — α) Aperçu de l'anatomie et de la physiologie des voies lacrymales.

β) Infection des voies lacrymales.

γ) Dangers de cette infection au point de vue opératoire.

δ) Moyens insuffisants de la prévenir.

II. — De l'exclusion.

α) Procédé opératoire.

β) Différents procédés d'exclusion.

γ) Avantages de l'exclusion temporaire sur l'exclusion définitive.

δ) La méthode d'exclusion temporaire ne doit pas être limitée à la chirurgie oculaire.

III. — Conclusions.

Anatomie et physiologie des voies lacrymales.

Anatomie. — L'appareil lacrymal est formé de trois parties :

Un appareil sécréteur : la glande lacrymale.

Un appareil récepteur : le lac lacrymal.

Enfin un appareil excréteur qui se compose des points lacrymaux, des canalicules lacrymaux, du sac lacrymal et du canal nasal.

Glande lacrymale. — La glande lacrymale est située à la partie supéro-externe de l'œil.

Lac lacrymal. — Le lac lacrymal est un espace triangulaire circonscrit par l'angle interne des paupières.

L'étude des voies lacrymales doit nous intéresser particulièrement.

Points lacrymaux. — Les points lacrymaux sont au nombre de deux. Petits, arrondis, ils sont situés sur le bord libre des paupières à quelques millimètres en dehors de la commissure interne. Ils regardent tous les deux en arrière.

Canalicule lacrymal. — Chaque point lacrymal constitue l'orifice d'un canalicule. Le canalicule lacrymal se compose d'une partie verticale mesurant deux millimètres et d'une partie horizontale ayant cinq ou six millimètres de longueur.

Sac lacrymal. — « Le sac lacrymal, comme le dit
« Tillaux, constitue une sorte de réservoir situé dans
« l'angle interne de l'œil. Il rappelle la forme du cœcum;
« terminé en cul-de-sac supérieurement. Il se continue
« en bas avec le canal nasal sans ligne de démarcation
« appréciable à l'extérieur et reçoit à angle droit le
« tronc commun des deux canalicules lacrymaux, de
« même que le cœcum reçoit l'intestin grêle; pour compléter l'analogie, il existe à l'embouchure du tronc
« commun une valvule appelée valvule de Huschke, qui
« aurait pour rôle comme celle de Baulin de s'opposer
« au reflux des liquides.

« Le sac lacrymal est logé dans la gouttière lacrymale
« située à la face interne de l'orbite, limitée en avant et
« en arrière par deux crêtes saillantes appartenant, la
« première, à la branche montante du maxillaire supérieur, la seconde à l'os unguis. »

Le tendon direct de l'orbiculaire croise transversalement la paroi antérieure du sac de façon à la diviser en deux parties. La portion de la paroi antérieure située au-dessus du sac, est plus petite que l'inférieure.

Le sac n'est séparé de la peau que par le tendon de l'orbiculaire et du tissu cellulaire.

La paroi postérieure du sac est en rapport avec le

tendon réfléchi de l'orbiculaire doublé du muscle de Horner et de l'aponévrose orbitaire.

Canal nasal — Le canal nasal fait suite au sac lacrymal. Il mesure environ huit à dix millimètres de longueur. Sa direction est oblique de haut en bas, d'avant en arrière, et de dedans en dehors. Il présente une légère courbure à concavité postérieure.

Le canal nasal est creusé dans la paroi externe des fosses nasales, il n'est séparé que par une très mince cloison du sinus maxillaire.

Le canal nasal débouche dans le méat inférieur.

« La muqueuse des voies lacrymales, dit Galezowski, est lisse dans toute son étendue; l'épithélium d'abord pavimenteux se transforme dans le sac et le canal nasal en cellules d'épithélium prismatique irrégulier. »

Il faut noter que la muqueuse du sac et du canal lacrymal présente les mêmes caractères que ceux de la membrane pituitaire.

Physiologie des voies lacrymales. — La glande lacrymale sécrète un liquide (les larmes), qui après avoir lubrifié l'œil de dehors en dedans, s'accumule dans le lac lacrymal.

Les paupières en se fermant exercent une pression qui fait pénétrer les larmes dans les points puis dans les canalicules lacrymaux.

En outre en se contractant, l'orbiculaire attire par ses fibres insérées sur le ligament palpébral interne, ce ligament, ainsi que la paroi antérieure du sac. Le sac en se distendant, aspire le liquide.

Le sac une fois distendu, chasse, grâce à son élasticité, son contenu.

Enfin le poids du liquide joue un rôle dans le mouvement de progression des larmes du sac dans les fosses nasales.

INFECTION DES VOIES LACRYMALES. — DU DANGER DE
CETTE INFECTION AU POINT DE VUE OPÉRATOIRE. —
MOYENS INSUFFISANTS DE LA PRÉVENIR.

Cette description nous montre que par leur situation et leur conformation, les voies lacrymales sont exposées à de nombreuses causes d'infection.

Par la surface kérato-conjonctivale, l'appareil lacrymal est exposé à toutes les poussières que charrie l'atmosphère, hormis les quelques heures de sommeil où les paupières sont closes.

Par l'orifice inférieur du canal nasal, il s'abouche avec la pituitaire, qui, placée à l'entrée des voies aériennes, retient par des cils vibratils tous les germes qui pénètrent dans les fosses nasales.

Arrivés dans les voies lacrymales, les microbes s'y développeront facilement, grâce surtout aux anfractuosités de l'appareil.

Cet appareil même chez les sujets sains ne jouit que d'une aseptie très relative.

La bactériologie révèle une flore variée dans les culs-de-sac conjonctivaux, aussi la désinfection préalable est-elle la règle avant toute opération.

L'infection des voies lacrymales peut donc être descendante ; mais elle est bien plus souvent ascendante. Par suite de causes diverses, les germes pathogènes des fosses nasales, pénètrent dans le canal nasal, dans le sac, franchissent les canalicules, puis les points lacrymaux, et viennent infecter la conjonctive et la cornée.

Rien de plus fréquent, chez les enfants surtout, que la coexistence des lésions du nez et des affections kérato-conjonctivales. En général, même ce sont les lésions nasales qui précèdent et qui causent les lésions oculaires.

En somme, « il n'est pas d'affection nasale qui ne puisse être l'origine de lésions oculaires ».

Ces rapports des maladies du nez et des yeux où les voies lacrymales servent d'appareil de transmission ont été mises en lumière par Ziem, Despagne, Berger, Tacquet et d'autres.

Souvent, l'infection oculaire se produit, sans que le reflux d'aucun liquide par les points lacrymaux ne vienne révéler l'état de souffrance du sac lacrymal ou du canal nasal.

Un examen attentif des fosses nasales et des voies lacrymales s'impose donc avant toute intervention opératoire, ainsi que leur traitement s'il y a lieu. Incision des points lacrymaux, cathétérismes et injections antiseptiques dans les voies lacrymales, rien ne sera négligé.

L'accord est complet sur ce point. Mais, ce traitement préliminaire présente deux graves inconvénients :

Sa longue durée.

L'incertitude de ses résultats.

La longue durée met tout d'abord à l'épreuve la patience du malade. Quand une opération est arrêtée, quelques malades pusillanimes la reculent volontiers de jour en jour.

Mais, combien d'autres la réclament avec instance, et ne laissent ni paix ni trêve à leur médecin. N'est-ce pas à regret qu'on leur inflige cette souffrance morale ?

S'il s'agit d'un artisan ou d'un cultivateur, on lui impose une perte de temps préjudiciable à son labeur et à ses intérêts.

Et enfin, si la résidence du patient est éloignée de celle du médecin, à toutes ces considérations s'ajoutent des déplacements coûteux et fatigants.

Tous ces atermoiements, toutes ces difficultés découragent beaucoup de malades, et le traitement s'il n'est pas abandonné perd de sa régularité méthodique, cependant si nécessaire.

Un long traitement préliminaire sera des plus pénibles si le malade est frappé de cécité complète.

Enfin, il y a certains cas où l'indication d'opérer est urgente. Tel est le cas de Mme D. Cette malade porte depuis quelques mois un staphylome opaque de l'œil droit ; depuis quelques jours elle est atteinte d'une poussée glaucomateuse ; elle souffre horriblement, ne dort presque plus et demande à grands cris à être soulagée. Elle ne peut attendre la fin d'un long traitement des voies lacrymales ; et d'autre part, comme elle a une

dacryocystite, l'iridectomie ne l'exposera-t-elle pas à une nouvelle infection ?

Un malade ayant deux taies centrales de la cornée vient nous trouver. Il peut à peine se conduire. L'iridectomie s'impose. Le malade réclame une intervention, il veut y voir afin de tâcher de gagner son existence, sa situation sociale est précaire. Le sujet est malheureusement affligé d'un épiphora ancien et très accentué.

En présence de cas semblables, la médecine se sent embarrassée, et sent qu'il y a une lacune à combler.

Le traitement préliminaire d'une dacryocystite, aussi parfait soit-il, ne peut permettre au chirurgien d'opérer en toute sécurité.

Le docteur Delfau père a vu une extraction de la cataracte suivie de panophtalmie, bien que la dacryocystite concomitante ait été traitée le plus soigneusement possible.

Notre père rapporte qu'une dame G. subit, quelque temps plus tard, une extraction simple de la part d'un confrère. L'opération fut correctement exécutée ; mais survint une iritis qui se termina par une atrésie complète. Madame G. avait eu une dacryocystite ; elle avait suivi un traitement régulier, aucun liquide ne refluaît par les points lacrymaux.

Dans un travail paru en 1882 et intitulé : « Des moyens d'éviter l'infection de la plaie à la suite de l'extraction de la cataracte, dans le cas de catarrhe du sac lacrymal » le docteur Terson, médecin oculiste à Toulouse, rapporte les faits suivants :

« L'année dernière.... j'eus, dit-il, à déplorer quatre

« suppurations sur soixante-dix opérations dont trois
« phlegmons....

« Sur ces quatre suppurations, deux survinrent
« d'une manière inattendue. Mais les deux autres
« eurent lieu à quelques mois d'intervalle, malgré tous
« mes efforts, chez le même malade atteint d'un double
« catarrhe du sac lacrymal.

« Vers le mois de mars 1881, un confrère me
« conduisit un de ses clients atteint, aux deux yeux, de
« cataracte complète. Je m'aperçus bien vite qu'en pres-
« sant des deux côtés dans la région du sac, on faisait
« sourdre une matière purulente assez abondante. Con-
« vaincu de la gravité d'une telle coïncidence, j'hésitais
« un instant à encourir une telle responsabilité : pourtant
« la position malheureuse du malade me força de ne
« point l'abandonner.

« Pendant quinze jours, je fis des injections dans le
« sac et finalement, j'opérai l'œil gauche, où la sécré-
« tion semblait de moins mauvaise qualité. Tout alla
« bien pendant les trois premiers jours, mais vers la
« fin du quatrième, la suppuration se montra dans un
« point de la plaie. Dans moins de vingt-quatre heures,
« un rideau purulent descendit sur la pupille, jusque-
« là parfaitement noire. Un phlegmon de l'œil termina
« la scène, malgré la réouverture de la plaie, renouvelée
« par trois fois.

« Quelques mois plus tard, après avoir désinfecté
« pendant quelques jours le sac lacrymal, j'opérai l'autre
« œil et j'instituai l'irrigation boriquée à titre de moyen
« préventif, quelques heures à peine, après l'opération.

« La suppuration survint tout de même, dès les premières vingt-quatre heures, et le malade perdit son œil, bien que la suppuration n'atteignît pas cette fois les proportions d'un phlegmon. »

Ce cas est intéressant, il nous montre combien peu nous devons compter sur l'asepsie les voies lacrymales malades même après un traitement des plus actifs.

Les opérateurs se sont justement préoccupés des dangers d'une intervention chirurgicale oculaire chez les sujets atteints d'un catarrhe des voies lacrymales.

Quelques-uns pour parer à l'infection ont recours à l'asepsie et à l'antisepsie.

C'est ainsi que le docteur Terson, à la suite des complications survenues chez son malade, dont l'observation est rapportée plus haut, conseille de faire tous les jours des injections dans le sac, plusieurs semaines avant d'opérer; d'en faire une ou deux, pendant une quinzaine de jours après l'opération, et d'installer immédiatement l'irrigation boriquée pendant cinq jours à travers une épaisse couche d'ouate salicylée.

Le docteur Terson rapporte dans son mémoire de 1882 qu'il a eu deux succès, à la suite de ce traitement.

Le docteur Galezowski a publié à cette époque dans son recueil deux faits destinés à montrer l'arrêt rapide de la suppuration par l'emploi du spray phéniqué.

Ces faits ont une réelle valeur. Mais le chirurgien a-t-il le droit de se croire en toute sécurité, lorsqu'il vient de faire une extraction de la cataracte chez un sujet atteint d'une dacryocystite, même s'il a soin de prendre les précautions les plus minutieuses ? De quelle tranquil-

lité d'esprit peut-il jouir en sachant la plaie oculaire en libre communication avec des voies lacrymales infectées ?

Le docteur Terson lui-même reconnaît à sa méthode des inconvénients, les voici signalés dans son travail de 1882 :

« L'inconvénient de cette méthode est la difficulté de
« son application pendant la saison froide. Elle exige de
« la part de l'opéré une grande docilité et une immobi-
« lité presque complète, le pansement n'étant maintenu
« en place par aucun moyen contentif. Elle rend indis-
« pensables des soins très dévoués et assidus de la part
« de l'entourage du malade, conditions quelquefois
« difficiles à obtenir. »

Pour le docteur Trousseau et bien d'autres, l'infection des voies lacrymales est une contre-indication formelle à toute intervention chirurgicale sur le globe oculaire.

Nous nous sommes efforcé de mettre en lumière dans les pages précédentes de ce travail, qu'il n'est pas toujours possible d'entreprendre un long traitement préliminaire du catarrhe des voies lacrymales.

Quelques faits nous ont montré que l'on n'est jamais certain d'avoir un appareil lacrymal indemne de microbes, lorsque cet appareil a été atteint d'un dacryocystite même longuement et soigneusement traitée.

La suture de la cornée à la suite d'une extraction de cataracte, ne peut pas amener une cicatrisation assez rapide pour prévenir une complication septique.

Pour éviter toute infection pouvant provenir de voies lacrymales malades, le docteur Delfau père eut l'idée de les exclure temporairement du champ opératoire.

La méthode d'exclusion fut pratiquée pour la première fois par le docteur Delfau père, le 20 mai 1895.

II

De l'exclusion temporaire

C'est un fait de chirurgie générale, de chercher à exclure du champ opératoire, soit définitivement, soit temporairement, un organe ou une portion d'organe contenant du pus.

Dans l'entéro-anastomose on isole le fragment d'intestin à enlever entre deux pinces à coprostase, et on exclut son contenu de tout contact avec le péritoine.

De même quand on enlève un kyste de l'ovaire ou une tumeur abdominale.

D'une manière générale on s'applique en chirurgie abdominale à exclure les organes du péritoine et à opérer au dehors.

Eh bien, de même qu'on exclut l'intestin du péritoine, de même on doit exclure les voies lacrymales ou plutôt leur contenu du champ opératoire.

L'exclusion des voies lacrymales peut être faite en agissant soit sur les voies de sécrétion, soit sur celles d'excrétion.

Procédé d'exclusion des voies lacrymales. — Le procédé d'exclusion du docteur Delfau père, doit être employé systématiquement toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une intervention urgente sur un œil dont les voies lacrymales sont infectées.

Ce procédé consiste à lier les canalicules lacrymaux, de façon à intercepter toute communication entre les voies infectées et le champ opératoire.

On place la ligature le jour même ou mieux encore quelques jours avant toute intervention opératoire.

Rien de plus simple que cette opération préliminaire.

Pour l'exécuter, il suffira de se munir d'une pince à griffe, d'un porte-aiguille, d'aiguilles courbes, de soie ou mieux de catgut.

Comme nous le constatons dans les observations n° 1 et n° 2, le docteur Delfau père a fait la ligature des canalicules avec de la soie.

Dans la deuxième opération, le canalicule a été sectionné par la soie. Le docteur Delfau père pensait que la ligature a dû être trop serrée. On pourra peut-être préférer à la soie le catgut pour éviter la section des canalicules. L'expérience apprendra au chirurgien quel lien doit être préféré.

La ligature sera placée sur les canalicules lacrymaux supérieur et inférieur, si tous les deux sont malades. Mais bien souvent on pourra se contenter de lier le canalicule inférieur, celui-ci étant, la plupart du temps, seul enflammé.

Cette fréquence du catarrhe du canalicule inférieur

ne nous surprend pas, car nous savons que son rôle physiologique est plus considérable que celui du canalicule supérieur.

L'exclusion étant faite, le chirurgien devra soigneusement désinfecter le champ opératoire, d'autant plus soigneusement que les culs-de-sac conjonctivaux auront été longtemps en libre communication avec un appareil malade.

On opérera ensuite sans se soucier du catarrhe lacrymal.

Les soins consécutifs seront ceux d'une opération exécutée dans des conditions ordinaires.

Combien de temps devra durer l'exclusion ?

La durée de l'exclusion dépendra uniquement de la cicatrisation de la plaie. L'opérateur ne devra sectionner la ligature que lorsque la plaie sera complètement à l'abri de toute infection.

La durée de l'exclusion sera des plus variables. Une plaie opératoire réunie par première intention exigera évidemment une exclusion de courte durée. Une cicatrisation retardée par un enclavement, par exemple nécessitera une exclusion beaucoup plus longue.

Dans l'observation I la complication opératoire a obligé le docteur Delfau père à maintenir la ligature pendant dix-sept jours.

L'idée d'exclure les voies lacrymales n'est pas nouvelle.

Certains chirurgiens conseillent, en présence d'une intervention oculaire, de faire l'extirpation du sac,

toutes les fois que l'intégrité des voies lacrymales laisse à désirer.

On a exclu les voies lacrymales en obstruant les points lacrymaux soit par excision soit par cautérisation.

Ces différents procédés ont été employés pour traiter surtout les affections du sac et non comme opérations préliminaires d'une intervention sur la cornée.

Le curettage du sac par voie cutanée, son extirpation, la cautérisation ignée entraînent assez fréquemment l'oblitération totale des voies lacrymales.

Il en résulte un larmolement d'intensité variable, peu gênant chez certains, mais chez d'autres absolument intolérable.

Il faut alors pratiquer l'ablation de la glande lacrymale ou de la glande palpébrale. L'extraction des deux glandes ne donne pas toujours des résultats satisfaisants.

De nos jours le professeur Eversbusch, de Munich, eut recours à la méthode d'exclusion temporaire des voies lacrymales par le procédé de la ligature des canalicules.

Eversbusch s'est occupé des affections des voies lacrymales et des rapports de ces affections avec la cornée.

Il fut frappé du peu d'efficacité des nombreux moyens employés pour essayer de guérir les affections de l'appareil lacrymal.

Bien souvent, pense-t-il, on n'obtient qu'une guérison apparente, momentanée, de certaines dacryocystites.

Le professeur allemand insiste sur les grands dangers que fait courir à l'œil une solution de continuité

de la cornée concomitante avec la suppuration des voies lacrymales.

Il conseille de lier momentanément les canalicules lacrymaux, si l'on redoute une infection de la cornée pouvant être causée par une dacryocystite.

L'exclusion temporaire présente sur l'exclusion définitive l'avantage de ne pas priver l'organisme des fonctions d'un de ses appareils.

La suppression temporaire de la fonction d'excrétion des voies lacrymales ne présente aucun inconvénient. Le pansement ouaté, légèrement compressif, appliqué sur l'œil se chargera de le débarrasser de l'excès de larmes.

DE L'EXCLUSION DANS LES AFFECTIONS OCULAIRES COMPLIQUÉES D'AFFECTIONS DES FOSSES NASALES ET DES VOIES LACRYMALES.

La méthode d'exclusion devrait être étendue à d'autres cas, et ne pas rester limitée à la chirurgie oculaire.

Ne serait-elle pas à sa place toutes les fois qu'il y a blessure de la cornée chez un sujet porteur d'une dacryocystite ?

Ne serait-ce pas là le plus sûr moyen de prévenir une complication septique que de tarir temporairement la source de l'infection pendant la cicatrisation de la plaie. et le renouvellement de l'épithélium.

Lorsque l'hypopyon s'est déjà développé, n'y aurait-

il pas lieu d'oblitérer temporairement les points lacrymaux par le procédé de la ligature. On n'empêcherait pas une infection déjà produite, mais tout au moins on supprimerait l'arrivée de nouveaux germes pathogènes, qui ne peuvent qu'aggraver l'affection primitive.

En 1894, le docteur Albert Terson, ancien chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Paris, après avoir constaté que les mêmes microbes existent sur la conjonctive et dans le nez des ozéneux, alors que les voies lacrymales n'ont aucune lésion apparente, s'exprime ainsi :

« Dans tous les cas, la conduite qui semblerait s'im-
« poser... serait d'oblitérer temporairement jusqu'à ci-
« catrisation absolue des plaies cornéennes opératoires,
« les points lacrymaux. Il faudrait, plusieurs jours
« avant les opérations, quand on aurait isolé la con-
« jonctive des fosses nasales par un procédé qui obli-
« tère les points lacrymaux, soit par la méthode
« d'Eversbusch, qui lie les canalicules lacrymaux avec
« des fils de catgut, soit par le procédé d'oblitération
« des points seuls avec le galvano-cautère, qui nous
« paraît infiniment préférable, se livrer à une désinfec-
« tion prolongée... des culs-de-sac dans cette cavité
« conjonctivale ainsi isolée de la grande source d'in-
« fection. »

En 1900, M. de Milly, dans sa thèse de doctorat recommande comme Terson d'oblitérer les points lacrymaux, soit par la ligature, soit par la cautérisation, chez les ozéneux ayant une affection de l'œil ou ayant une intervention oculaire à subir.

MM. Terson et de Milly sont partisans de la méthode d'exclusion. M. de Milly n'attache point d'importance au choix du procédé.

M. Terson indique nettement sa préférence pour l'oblitération au thermo-cautère, chez les ozéneux.

Nous ne pouvons ici exprimer notre avis.

Les hypothèses les plus séduisantes n'ont aucune valeur sans l'expérience.

Mais l'expérience est si simple et tellement dépourvue de dangers que nous nous proposons de la tenter à la première occasion.

OBSERVATION I (inédite).

(Docteur Delfau, père.)

R .. Victor, 67 ans.

Ex-mineur.

Opéré à Bessèges (Gard).

Œil gauche, cataracte sénile avec dacryocystite chronique.

Malgré des cathétérismes répétés, le larmolement persiste, et en pressant le sac on évacue du muco-pus.

Le 19 mai 1895 : Pour prévenir l'infection de la plaie opératoire, on place deux ligatures sur le canalicule inférieur, incisé longtemps auparavant pour introduire des sondes.

Les ligatures sont faites avec des fils de soie plate tressée, n° 0.

Le 20 mai : Avant l'opération, le champ opératoire est antiseptisé aussi soigneusement que possible.

On procède ensuite à l'extraction de la cataracte, sans iridectomie.

Esérine et pansement légèrement compressif.

Le 23 mai : Large enclavement,

Le 29 mai : Cautérisation de l'iris avec le thermo-cautère.

Le 7 juin seulement les fils sont sectionnés, les ligatures du canalicule sont enlevées. Le sac lacrymal distendu, se vide et il sort un flot de pus.

Le 10 et le 11 juin on procède au cathétérisme des voies lacrymales.

Le 11 juin : L'opéré part, sans aucun enclavement, ni hernie. La plaie s'est bien cicatrisée et n'a pas été infectée. L'acuité visuelle est bonne. On ordonne au malade de porter devant l'œil gauche, le verre n° 110 dioptries.

Le 26 septembre de la même année, l'opéré vient retrouver le docteur Delfau père.

Le résultat est excellent.

Le 9 octobre 1900 : Le docteur Delfau père revoit son malade, l'œil opéré va très bien, le droit est complètement cataracté.

Le flot de pus, en s'échappant des voies lacrymales, au moment où les fils sont enlevés, nous montre tout le danger qu'il y aurait eu à ne pas recourir à la méthode d'exclusion.

L'enclavement, en retardant la cicatrisation de la plaie, nous permet d'apprécier toute la valeur de la méthode.

Pendant un temps très long la ligature a pu imposer un obstacle infranchissable aux microbes.

Placée le 20 mai, la ligature n'a pu être enlevée que le 7 juin.

OBSERVATION II (Inédite).

(Docteur Delfau père).

M^{me} D. a à l'œil droit un staphylome opaque de la cornée, et est atteinte d'une poussée glaucomateuse.

L'œil droit est de plus affligé d'une dacryocystite suppurée.

En exerçant une pression sur le sac on fait refluer du pus par le canalicule lacrymal inférieur qui a été incisé longtemps auparavant, et cathétérisé.

Une iridectomie s'impose, cette opération est urgente. Il faut combattre la douleur, et tâcher d'arrêter les accidents glaucomateux.

La malade souffrant beaucoup et l'iridectomie ne pouvant être différée, on recourt à la méthode d'exclusion temporaire des voies lacrymales. Il faut éviter l'infection.

Une ligature faite avec de la soie plate tressée est placée sur le canalicule inférieur, avant l'opération, le 24 décembre 1900.

L'iridectomie est pratiquée.

Le 26 décembre : Ni douleur, ni infection,

Le 27 décembre : Idem.

Le 28 décembre : La soie qui liait le canalicule est tombée spontanément en sectionnant le canalicule.

Le 17 janvier 1901 : La malade ne souffre pas. Elle dort, l'appétit est bon.

On reprend le traitement des voies lacrymales. (Cathétérisme, et injections de protargol.)

Le 24 janvier : Il n'y a toujours, ni infection, ni douleur oculaire.

Les voies lacrymales ne suppurent plus, on continue le cathétérisme.

CONCLUSIONS

I. — α. Par leur situation et par leur conformation les voies lacrymales sont exposées à de nombreuses causes d'infection.

β. Leur infection peut être descendante, mais elle est le plus souvent ascendante.

γ. Toutes les infections des fosses nasales peuvent être l'origine de lésions oculaires.

δ. Avant toute intervention sur le globe oculaire, un examen attentif de l'appareil lacrymal, des fosses nasales, et du champ opératoire s'impose.

ε. S'il y a une infection d'un de ces appareils, leur traitement préliminaire doit être institué.

II. — α. Dans les cas où un long traitement des voies lacrymales ne peut être institué, ou lorsque la guérison de cet appareil laisse des doutes, ou que le sujet est atteint d'affections des fosses nasales ; il faut exclure l'appareil malade du champ opératoire par le procédé de la ligature des canalicules lacrymaux.

β. La ligature doit être placée le jour de l'opération

avant toute intervention, ou mieux encore, si les circonstances le permettent, plusieurs jours avant.

γ. La désinfection du champ opératoire doit être faite.

δ. La ligature doit rester en place jusqu'à ce que la cicatrisation de la cornée soit complète.

ε. L'exclusion temporaire des voies lacrymales est préférable à toutes les exclusions définitives proposées. C'est une intervention des plus bénignes, elle ne prive pas l'organisme des fonctions d'un de ses appareils.

III. — La méthode d'exclusion temporaire doit être tentée, toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une solution de continuité de la cornée concomitante avec une infection des voies lacrymales.

Vu par le président de la Thèse :

POZZI.

Vu par le Doyen :

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris

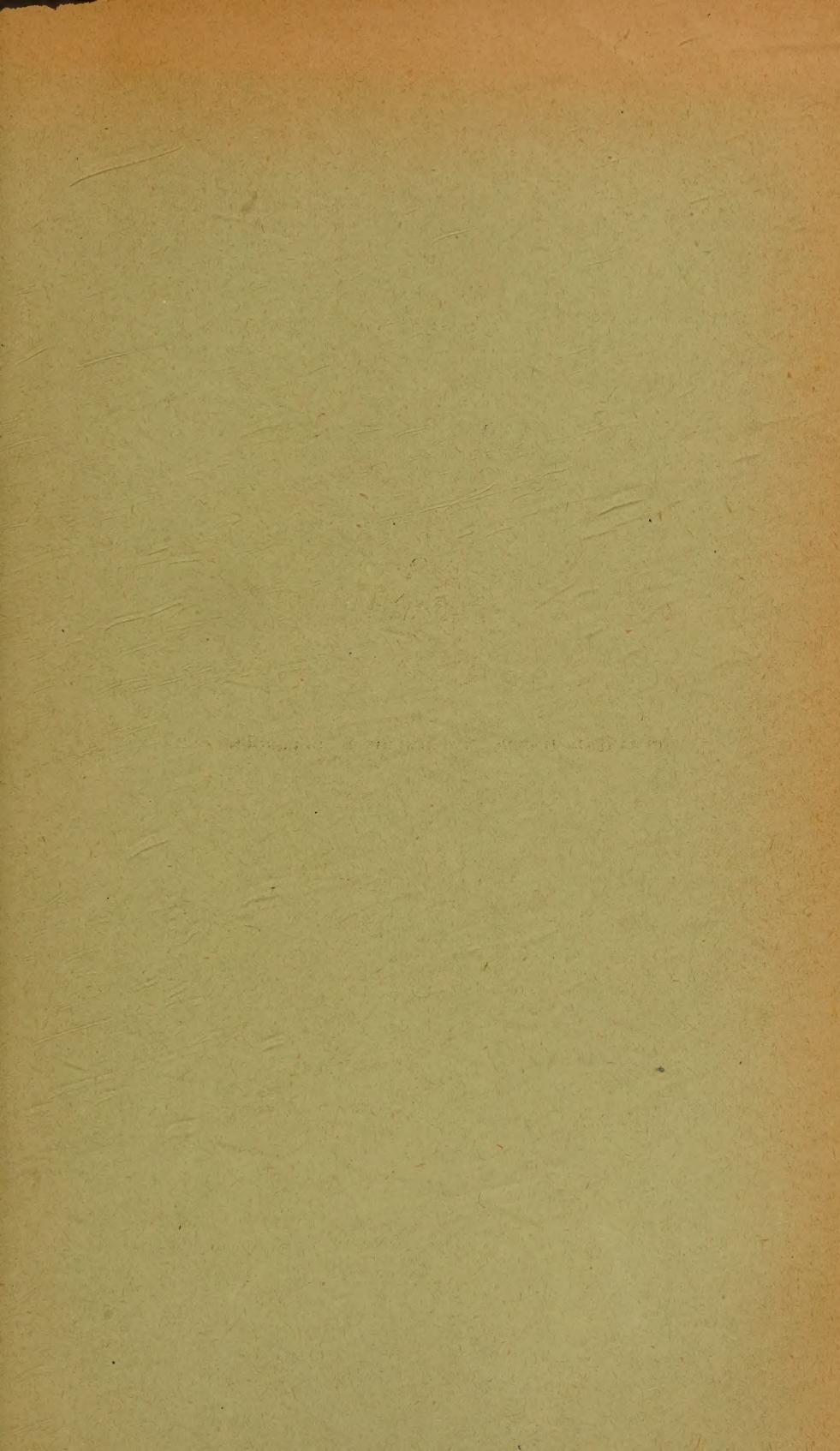
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

1881. Terson. — *Mémoire*, n° 50.511. Bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris.
1888. SUAREZ DE MENDOZA. — *Bulletin de la Société d'ophtalmologie de Paris*. Décembre.
1888. EVERSBUCH. — *Deutsch Arch. für klin. med.*, XLII, 3.
1888. GALEZOWSKI. — *Traité des maladies des yeux*.
1894. TOUQUET. — *Thèse*, Paris.
1894. Terson. — *Archives d'ophtalmologie*.
1894. PARINAUD. — *Annales d'oculistique* (août).
1894. PANAS. — *Traité des maladies des yeux*.
1897. FUCHS. — *Manuel d'ophtalmologie*.
1897. VOIDON. — *Lyon médical*.
1897. ROLLET. — *Lyon médical*.
- 1897-98. DUPLAY ET RECLUS — *Traité de chirurgie*, tome IV.
1898. MORAN. — *Société d'ophtalmologie*.
1899. TROUSSEAU. — *Presse médicale*.
1900. VIOLLET. — *Thèse*, Paris.
1900. MILLY (L. DE). *Thèse*, Paris.
1900. TILLAUX. — *Anatomie topographique*.
1900. TESTUT. — *Anatomie descriptive*.
1900. Terson. — *Chirurgie oculaire*.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION	8
PLAN	9
I. — <i>Anatomie et physiologie des voies lacrymales</i>	11
Infections des voies lacrymales.....	14
II. — <i>De l'exclusion temporaire</i>	22
De l'exclusion dans les affections oculaires compliquées d'affections des fosses nasales et des voies lacry- males.....	26
OBSERVATIONS.....	28
CONCLUSIONS	31
BIBLIOGRAPHIE.....	33





BUZANÇAIS (INDRE). IMPRIMERIE F. DEVERDUN
